

台灣戰後初期的中醫醫政發展：一種延續與斷裂關係的分析¹

葉永文教授 中山醫學大學醫學社會暨社會工作學系系主任

摘要：

自古以來，中醫一直是國家與社會中具支配性的醫療主體，但當西方的科學醫學傳入之後，中西醫療便進入了一種競爭衝突的關係中。然而這種競爭衝突關係的結果卻讓中醫逐漸退出國家醫政的支配領域，成為民間社會之醫療體系的一環，更甚者，在西醫醫政的意圖操控下，中醫在民間社會上所盤據的地位卻也岌岌可危，顯見中醫在其發展上的困境與無奈。針對 1945 年至 1949 年台灣戰後初期之中醫發展脈絡的討論，由於兩岸政權合一的特殊歷史時局，本文先考察了國府大陸時期和台灣日治時期的中醫發展概況，比較其異同之後再檢視戰後初期的中醫發展概況，從而歸整出這時期的中醫發展與過去有何延續與斷裂關係。為能深入地瞭解這樣的關係，本文係以醫政上的論述、謀略、和權力等三面向，來分別就當時具支配性的醫療觀念、一些政策佈局、以及中西醫療間的競逐關係進行檢視與分析。

關鍵詞：中醫、科學醫學、論述、謀略、權力

The Medical-Political Development of Chinese Medicine at the Post-War in Taiwan (1945-1949): An Analysis of Its Connecting and Breaking Relationship with Its Previous Status¹

*Yun-Wen Yeh, Professor, College of Medical Humanities and Social Science,
Chun Shan Medical University, Taichung, Taiwan*

Abstract

For centuries before the introduction of the Western medicine into the Chinese society, the Chinese medicine had been the dominating role in the medication mainstream. However, since then, Chinese and Western medicines were in conflict, and the main role of Chinese medicine was gradually replaced by the Western one. Eventually, the Chinese medicine runs into a developmental dilemma under the control of Western medical police. To explore the development of Chinese medicine during 1945 to 1949, the present study first analyzed and its developmental history in mainland China and in Taiwan before these two were unified politically and then made a comparison which reveals an overall picture of Chinese medicine during this era and its connection with its previous status. It aims to examine and analyze the prevailing

concepts of medical cares, medical policy making and competing relationship between the two medicine constructs from the perspectives of medical police with respect to discourse, strategy and power.

Keywords: Chinese medicine, scientific medicine, discourse, strategy, power

一、前 言

綜觀台灣歷史發展過程，日治時期的五十年間是屬兩岸政權分立的型態，並且從明鄭以來在台灣所涵攝的漢文化亦開始與大陸分流。而這期間兩岸政局變動所帶來的現代化運動風潮也促使兩地新舊文化的衝擊與激盪，在大陸是民國建立後產生的新文化、新思想風潮，而在台灣是殖民當局引進以西方思潮為基礎的生物學統治策略。

因此這時期兩岸雖分屬不同政權的統治型態，但是充滿西方色彩的現代化過程卻分別地影響了兩岸文化、知識、技術與制度的發展，同時也與既存的文化傳統產生對抗。然而，也因為這時期兩岸是分屬不同政權的統治型態，所以儘管同樣是經受西化氛圍的影響，卻也發展出不太一樣的現代式政治社會圖像，以致與既存文化傳統的對抗模態也就有所差異。

隨著時序推移，1945年日本戰敗退出台灣後兩岸政權旋即再度合一，而兩岸人民的繁複往來亦造成文化的相繼合流，然這般的合流過程卻因兩岸長期分隔發展而產生相當程度的社會文化隔閡。所以戰後初期的台灣係呈現出動盪的紛亂形態，即一方面須回歸與配合國府統治的政局步調，另一方面卻因社會文化隔閡導致與陳儀政府的諸多誤解衝突情境之發生。

是以，戰後的台灣社會發展景象便存在著這般動盪紛亂形態的情況，此係因兩種社會文化在匯聚之際所必然會產生的調整過程，而這調整過程也勢必與先前的兩種社會發展各別有著延續與斷裂關係。因此，從戰後至國府遷台前的這段光復初期，台灣的社會發展狀態應同時受到國府大陸時期與台灣日治時期的社會文化所影響，且在融合過程中逐漸形塑出屬於自己在此時期特定之社會樣貌，並非單純延續某一社會文化的特質。

由此觀之，在這般社會發展的歷史背景下，此時期相關文化、知識、技術與制度的呈現都必然擁有先前時期的諸多痕跡。就此而言，本文旨在探索戰後初期中醫在台灣的發展脈絡，而為能深入地解讀此發展脈絡，便必須先檢視中醫在國府大陸時期與台灣日治時期的發展情勢，從而歸納出它們在發展過程中的因果脈絡關係。

二、一種「論述/謀略/權力」方法視野的建構

論述(discourse)係指一種言談或言說形式，而經由語言過程來傳遞特定的知識訊息。對此，M.Foucault(1972:276)即曾言稱「所有的知識都必須擁有一特殊的論述運作」，同時也藉由這樣的論述運作而「界定並生產出我們的知識客體」(Hall, 1997:44)。所以論述可視為是一項具意圖性的(intentional)語言過程，有著強烈的指涉和控制特質，以致通常也都被賦予了諸多政治的屬性，無怪乎 D.Macdonell(1986:45)會認為論述是存有著意識形態的形式，而且「所有的論述都是在意識形態上採取了某種立場(position)；沒有任何一種是中立的。」(Macdonell, 1986:58)就此觀點視之，論述所具有的知識訊息之傳遞過程並非呈現著一種客觀的普遍狀態，而毋寧是一項排除的展現，亦即是對不同知識立場的排除。所以論述就是指稱態度意義的一組聲明(a group of statements)，從而反映出此論述擁有者的特定意向，或者如 M.Pecheux(1982:111)所指那些論述中的「詞語、表達、命題等等，是依據那些使用者所持有之立場來改變它們的意義」。

事實上，Foucault(1972:68)早已指出論述經常是受到一群特定的人所控制，並將其施用於相關的決策、制度和實踐之上。而該決策、制度和實踐係是一種政治謀略運作的考量，屬於論述領域之外的非論述領域(non-discursive domains)範疇，目的在於反映論述所具有的特定觀念或意識形態，進而保證論述的正當性並強化其知識輸送意圖。這是一種論述與非論述之間關係的共謀與操弄，透過決策、制度和實踐等的政治佈署而對論述進行謀劃，已致造成非論述領域的規範化而形構出一種合法性效果。所以非論述是對論述意圖的支持與強化，Foucault 在討論醫學知識時即曾指出這種非論述的政治運作對醫學論述的影響，他說「醫學論述所關連的特別對象領域，當它發現自己是在一群有特定地位的個別人(individuals)手中，以及在社會中有著特定的運作功能時，是如何的基於其論述以外的實踐來與自身勾連在一起，而這些實踐本身並不是一種論述的類別(a discursive order)。」(Foucault, 1972:164)因此非論述可說是一種謀略，透過決策、制度和實踐，甚至是法令規則的規範化佈署來與特定論述形成一種對應關係，並經常以壓抑其它論述形式之方式來達成其特定意識形態方向的政治效果。

於是就論述本身而言，其意義的產出係發生於一種鬥爭關係中，並且也是「因為(for)論述以及透過(by)論述才有鬥爭這種東西」(Foucault, 1981:52-53)，所以論述一詞是深具著衝突特質，對此 R.Barthes(1977:200)就曾直指論述「在它的歷史動因中，是藉由衝突來推動的。」而這種衝突特質實是一項權力關係(power relations)的展示，其所標定的是支配性論述的權力意義，同時也指明對其他論述所具有的排除意含。如 Pecheux(1982:153)便認為科學論述經常是「透過採取一些特定的詞語、構想、以及表達等等的立場，來反對其他的詞語、構想或表達，並且在知識生產的鬥爭中確切地展現出來。」是故論述的意義及其鬥爭之間的盤根交錯著實地體現在一種權力關係的介面上，並且是由權力的展示來彰顯優勢論述的可見性，這就如 S.Mills(1997:19)所稱「權力是討論論述的

一個關鍵性要素」一樣，是權力保證了論述的優勢存在，亦或是權力構成了優勢論述的一環。

綜觀之，論述並非單純地只指知識傳遞，深層地來看，它更擁有著一種支配控制意圖，因此論述係具有相當的政治屬性，而這般政治屬性更藉由非論述領域的謀略佈署以及鬥爭場域中的權力關係來支持、強化和保證。所以論述、謀略、權力構成了知識備戰姿態的三位一體，進而對不同的知識體系形塑出一種「支配—臣屬」的層級關係，其間，論述是一種支配觀念的鋪陳，謀略是順此觀念而來之法規政策的產出，而權力則是鬥爭的直接體現。是以，這種由論述所開展出來的「論述/謀略(非論述)/權力」之環扣模態，不但對特定知識形成一種閉鎖與霸權的框架，同時也成為對相異知識的一種排除構造，以致「攻擊—抗衡」的衝突景象淪為難以排解的境況。而這般衝突景象，既是構成論述的啟始，亦可說是論述的歸途。

就此論述觀點，本文將以醫政論述、醫政謀略、和醫政權力為指標，來歸納整理國府大陸時期與台灣日治時期的中醫發展特徵，並進行兩者間同異之分析。再據之與戰後初期的中醫發展景觀相對照，以期彰顯其間之延續與斷裂關係。這樣的討論邏輯，係以中醫醫政的發展為論述軸線，難免少有涉及中醫在民間社會的發展議題，這雖是本文的限制所在，但基本上仍然符合本文針對中醫醫政發展的問題設定。

三、國府大陸時期的中醫醫政發展

從民國建立以至國府遷台的這三十多年期間，中國一直是處於動盪不安的局勢，這除了在政治層面上的不穩定外，智識層面也展現出多元爭鬥的景象，特別是由西方傳來的科學意識和現代制度，更使得民初的智識鬥爭存有著白熱化的激烈情勢，而其中，主宰生命健康的醫學衛政場域亦是如此。

關於國家醫政的發展，中國自古以來便由中醫醫學體制所打造，因此在中西文化尚未密切接觸以前，中醫已然是貫穿中國歷史的醫療主體。隨著中西文化交流的日益頻繁，西醫挾其強勢的科學意識來到了東方，再配合上民國新政的現代化目標傾向，中、西醫學便於此際產生了強烈的撞擊。然就中醫而言，這撞擊力道之大是前所未有的，導致對自身存在的危機感也紛紛浮現，因為西醫與國家醫政的結合，已讓中醫退出了千百年來的國家醫療主體位置，而淪為民間社會醫療中的一環。

是以，中醫發展在國府大陸時期顯然已遭遇到了瓶頸，而新時代所引發的智識變革似乎也讓中醫發展陷入困境。因此中醫在該時期所面臨的境域已使其發展圖像邁入了一個新的階段，這階段不但標定出中醫在中西醫療競逐上的格局與限制，更可能形塑出此後中醫發展的可能方向。

(一)醫政論述

airiti

從歷史觀之，中國幾千年來的醫療體制係以中醫為主體，這是配合傳統社會文化中之五行和陰陽的世界觀而來，所以內含特定文化價值的中醫醫療體制，在長時期封閉的國度中便擁有了王朝國體與個人生命健康的支配權和詮釋力。然而中醫的這般醫療優勢情境，隨著十九世紀中葉與西方文化的擴大接觸後，逐漸產生了一些改變或甚至是隨之而來的激烈震盪，諸如清末充滿西化色彩的自強運動便是一個震盪改變的實例。

在洋務改造的過程中，醫學觀念與醫療制度亦是被改變的一環，李雲漢(2001:58)即認為西方醫學知識和技術的傳入主要是與外來的傳教士有關，因為「教士中不少是醫生出身，他們在各地設立醫院，附設醫校，並翻譯醫學書籍」，而張益雲(2001:163)也提及這種西式醫院與醫學教育的創立，「乃以學習西洋各國的現代西醫知識和制度為目標，1901年湖南大學附設醫學堂即是一例」。然由於當時正值帝國侵略所形塑出的排外氛圍，再加上諸多傳統觀念的抗拒力道(陳勝崑，1982:66-68)，以致中醫醫療論述在這場醫學改造論戰中尚且能盤據一方。

除了清末自強運動所造成對中醫醫療支配景象的第一波挑戰外，國民革命成功後之新思潮與新文化運動所形成的第二波挑戰，即開始讓中醫醫療支配景象在國家醫療觀念與制度層面上產生了逆轉。像是當時陳獨秀高舉「民主」(Democracy)和「科學」(Science)作為新思想的两面大旗，便意圖要形塑出舊中國的缺陷以及新國家建立的重要標示，所以這種「新思想」實係一把兩面刀，即「一方面主張西化，一方面反對傳統」(李雲漢，2001:228)。結果在醫療體制發展上，不但醫療體系西醫化的主張將日益高漲，反對傳統中醫的呼聲亦形明確，這皆顯示「新思想」將成為中、西醫療支配醫療體之權力結構逆轉的重要根源。

反對傳統其實是建立在訴求科學的基礎之上，因此只要被認為是不科學的就勢必要被掃除消滅，而在這種西方科學意識的抬頭下，傳統中醫便易落入其所設定不科學的框架中。於是就如1913年當時的北洋政府教育總長汪大燮所說，「今日之衛生行政，乃純粹以科學新醫為基礎，而加以近代政治之意義者也」，而「舊醫一日不除，民眾思想一日不變，新醫事業一日不向上，衛生行政一日不能進展」(引自吳基福，1980:13)。其間存有「新醫」與「舊醫」之論述，即在突顯科學西醫和傳統中醫的區辨，從而打造出中醫在現代化過程中已不合時宜的觀感效果。

這種觀念也一直存續於政府相關的醫療部門中，因為當時政府醫療行政多為西醫所掌握，包括中央政府的衛生部、各省的衛生廳以及各縣市的衛生局等，而且直屬政府轄下的諸多醫學院和醫院也由西醫把持，於是在整個醫政層面上多淪為科學醫學論述的意識氛圍，以致消滅中醫的主張便經常在中西醫學關係中不絕於耳。對此，林昭虔(2004: 393-394)指出當時那些要廢除中醫的主張，主要是認為中國要刷新政治就先要廢除中醫開始，因為中醫不廢除則科學不會有進步進而政治革

airiti

新便無望，於是漸漸有所謂「中醫不科學」、「刷新政治應自廢除中醫做起」等對中醫大張撻伐的論調興起。是故待北伐成功中國政局大勢底定以後，1929年西醫余雲岫便在國民政府中央衛生會議上，動議提出〈廢止舊醫以掃除醫事衛生之障礙案〉(區成結，2004: 75-76)來通過廢止中醫中藥之決議，而讓中醫醫療體制在國家醫政上陷入極大的絕境。

綜觀之，清末民初的醫政氛圍係由科學意識所籠罩，因此過去長期中醫醫療支配景象於此際開始逆轉，儘管民間社會仍多以中醫診治為就醫選項，但在政治層面上卻開始進行西醫醫療支配景象的佈局。這般佈局即展現在相關醫療法規政策的制定過程。經由西醫所構成的國家衛生系統框架下，一場掃除中醫的醫政謀略正方興未艾。

(二)醫政謀略

誠如吳基福(1980:6)所言稱「國民革命成功，民國肇建，政府採行革新的醫療政策」，這革新的醫療政策即是以西醫醫療體制為主體的佈署，無怪乎執掌醫政者會把西醫視為新醫，而把中醫當作舊醫來看待，並且再加諸科學和不科學的標籤來分類貼上。於是在這般的視野下，執掌醫政者對中醫醫療體制的謀劃便容易導向蕪除消滅而非積極扶持為目標，這可從1913年在教育總長汪大燮決意廢除中醫中藥後，隨即於1914年拒絕北京中醫學會的立案過程中可看出。(劉嘉逸，1981)

關於抑制中醫醫療體制的相關政策措施，可在西醫逐漸掌控國家醫政的情勢中顯露出來。1922年政府公告了「管理醫師暫行規則」和「管理醫士暫行規則」兩項法規條例，前者在於規範「西醫」而後者在於規範「中醫」，並把「醫師」稱號專屬於西醫而讓中醫只能以「醫士」來標示，然後再界定「醫師」只要醫學院畢業即取得醫師證書而不需經國家考試，「醫士」卻須經各地方警察考試及格方可取得醫士執照。(吳基福，1980:13)這般不平等的差異對待，亦顯現出「醫師」(西醫)與「醫士」(中醫)兩者間的階級性質²，進而合理化其間之支配宰制的醫政關係，於是在此般法規政策的謀劃上，中醫過去長期支配醫政的景象被正當地由西醫取代，並且埋下了鏟除中醫的雷管。

結果，1923年政府公布了「取締中醫辦法」來試圖限定醫士的資格，而1925年教育部更復令中醫不准組織公會，這在在皆為抑制中醫發展目的而來之政策產出。1928年北伐成功後，當年年底國民政府即頒布「衛生組織法」和設立衛生部，此際不但醫政單位多為西醫參與且各單位首長都是西醫，於是到了1929年元月一項完全排除中醫於法外的「醫師暫行條例」便被公布了，而這也使中醫失去了醫政合法地位，以致隔月余雲岫便在中央衛生會議上通過廢止中醫之法議，並促使當時的行政院長汪精衛下令廢止中醫，包括停止中醫登記、將中醫學校改稱傳習所並禁止招生等。(劉嘉逸，1981)

這一政策決定馬上引起中醫界的嘩然和不安，並使一向鬆散保守與對政治冷漠的中醫界團結了起來，以透過政治手段進行強力的醫政抗爭。最後終於在妥協下於1931年政府修正「醫師暫行條例」為「西醫條例」，界定該法規只適用西醫，而又經多次協調後於1936年另行公布了「中醫條例」來與「西醫條例」並列，且正式承認中醫師而賦予其合法之地位。最後，為求中西醫平等地位之政策強化，1943年立法院終於接納中醫界的請願，把西醫條例與中醫條例就相關條文予以刪減或增列合併，然後訂出一部「醫師法」。(吳基福，1980:15)對於此法之公布，西醫界認為這是中醫界的勝利，但中醫界卻也有不同的看法。

形式上「醫師法」意含中西醫在法律上之地位平等，但其內容上卻顯見對中醫的抑制與不公。這在當時全聯會秘書長韋勤所致給全國各省市縣中醫師公會暨中藥業同業公會的代電原文中，已清楚地指出：(引自林昭庚，2004:48)

...在三十二年所公布之醫師法，僅於第二十九條載：「醫師公會之區域，依現有之行政區域，在同一區域內同級之公會，以一個為限，但中醫得另組織醫師公會」，其歧視中醫，侮辱吾人為附庸，尚嫌不足，復於同法第三條條載：「中醫具下列資格之一者，亦得應醫師之檢覈。一、曾向中央主管官署或省市政府領有合格證書或行醫執照者，二、在中醫學校修習醫學，並經實習，成績優良，得有畢業證書者，三、曾執行中醫業務五年以上，卓著聲望者」。均得送請考試院檢覈，陽示寬大，陰實毒辣，直欲中醫就此一代消滅而後已，蓋該條第一款所稱之證書，係指呈准省政府及特別市政府頒得是項證書者而言，現查全國領有是項證明書之中醫師，尚不足百分之一，第二款所稱之學校畢業，係指教育部立案者而言，中醫學校既未列入教育系統，根本亦不准立案，故全國無教育部准設之中醫學校，是此款已明明等於具文。第三款所規定之資格，尚稱切合實際，辦理檢覈，亦尚簡便，然經此次檢覈完竣後，今後之無證醫師，一律不能行醫，既不準行醫，又不準學校立案，試問吾人今後從事醫學之繼承人，當然無法產生，此種消滅中醫之計劃，誠可謂至毒至巧至週至密之殘酷手段，凡我同業，孰不痛心？.....

由上而知，國民政府建立後的醫政謀略，在科學意識的導引下已有明顯的西醫醫療體制偏向，儘管廢止中醫的政策規劃屢屢無法竟成，但抑制中醫的法規產出卻從未停歇。也因此，中西醫政的權力關係便據此展開，亦即掌握醫政權力的西醫界和為拓增生存空間的中醫界兩者間所產生之「衝突—對抗」的關係。

(三)醫政權力

自從1913年教育總長汪大燮大聲疾呼廢除中醫起，中醫界便陷入了醫政存亡危機中，而到了

1929年行政院長汪精衛下令廢止中醫中藥之後，這種由西醫界所影響與壟斷的醫政權力和論述主張，開始激起了全國中醫藥界的反抗，而過去那般消極保守的政治態度也開始轉趨積極，亦即也尋求政治力量的支持以對抗來自西醫界的政治權力³，以致使「醫學論爭變成政治鬥爭了」（區成結，2004: 70）。譬如當時國民政府中央黨政大老的陳果夫對中醫界的同情與支持，便是一股對抗西醫界之政治力量的重要勢力，而為了力保中醫界生存，他即強烈主張說：（引自陳立夫，1980:130）

凡是能夠治人疾病的醫生都該扶植，不管他是中醫西醫，對於中醫，應該在教育上政治上作積極的扶植，我以為至少要做到下列兩點：(1)創辦教育研究機關，發揚中國固有學術上的高深理論，整理數千年來的經驗，而與世界最新的醫學知識相印證。(2)國家設立有規模的研究所，用科學方法來化驗中藥，重新估定中藥性能。

陳果夫所提出的這兩點，其實就是要讓中醫科學化的主張，以破除不科學標籤所帶來的批判困擾。

於是從1930年代起，中醫科學化便漸漸成為一股新的中醫學思潮，其主要是以西醫為參照範本而採用科學方法來研究中醫，對於此般現象的合理化，當時中醫陸淵雷即有提及「國醫所以欲科學化，並非逐漸流，趨時髦也。國醫有實效，而科學是實理，天下無不合實理之實效，而國醫之理論乃不合實理。」（李經緯，1990:122）是故，中西一元化的醫療論述便成為中醫發展之目標。然而這樣的目標卻也經受西醫界的抨擊，認為中、西醫學之文化背景不同以致根本不可能相容，所以中醫科學化不過是扭曲的「西醫化」型態而已。以湊合「西醫條例」與「中醫條例」之「醫師法」而言，吳基福(1975:4)便認為這純然是政府為俯順中醫界輿情而被政治協調出來的，且有「科學與玄學含混的法律」之譏。此已顯現了西醫界普遍對中醫科學化的不信任看法，以為其不過是一項高舉「國粹主義」與「尚古主義」大轟的中醫政治化之操弄手段而已。

然而不管怎樣，從中醫界開始團結自己和尋求政治力量的聲援後，便在這場與西醫界的「衝突—對抗」戲局中逐漸取得有利位置。吳基福(1980:14-15)甚至認為當中醫界組織「中醫藥救亡請願團」，向政府和民意代表提出陳訴並要求政府改變政策時，便展現出「中醫在政治上獲得勝利」了。這勝利所指涉的諸如1931年專屬中醫界之國醫館的設立、1936年公布的「中醫條例」中所正式承認中醫士為中醫師的合法地位、1936年在中央醫政單位中設立了中醫委員會、以及1943年標榜中西醫法律地位平等的「醫師法」之出現等。也就是說，清末民初的西化或現代化氛圍讓中醫進入了發展上的低潮期，直到1929年關於中醫的廢止令出現後才激起中醫界對國家醫政的全面反撲，而1931年國醫館的成立即是中醫界藉用政治力量進行反撲的重要標示，這或如單勤在國醫館成立之前所曾對中醫藥同仁之諺言：「中醫無政治力量之維護，生存十分困難」（林昭庚，2004: 335）。

由此可知，中西醫在這場「衝突—對抗」的戲局中係以政治動員為角力，其間西醫直接掌握了

醫政權力來處置中醫，而中醫只能被迫地尋求政治支持來反擊。然從兩造權力關係的過程中，中醫最後似乎只象徵性地贏得了「表象」而非「表裡兼具」，因為西醫對中醫的抑制權力依舊持續，這場中西醫政關係的拔河戲局又被動態地往西醫推移。譬如國醫館的設立旨在管理中醫藥行政為目的，然卻為掌國家醫政者認為會破壞衛生行政系統之理由，將國醫館排除於醫政體制之外而視其為一種學術性人民團體；再者，中醫委員會的設立雖屬中央醫政單位管轄，但僅是有名無實地被視之為是一諮詢單位，並為西醫所影響和利用；最後是法律形式平等的「醫師法」公布，然其法條的實質內容卻對中醫教育與中醫師資格等多有壓抑。(林昭庚，2004: 43)因此中醫的「勝利」或許只是「取得對抗西醫的權力」，而在這場「衝突—對抗」的關係中，佔優勢位置者仍然不屬於中醫自己。

四、台灣日治時期的中醫醫政發展

綜觀近代中國海外墾殖的歷史過程，相較於南洋的移民發展，台灣無疑是「近代漢民族殖民成功的特例」(黃秀政、張勝彥、吳文星，2002:7-9)，因為除了移民人口的持續增多外，中國的各項典章禮俗也隨著漢人移民過程而傳入台灣，其間當然也包括了中國傳統醫學的到來，這誠如陳勝崑(1978:126)所述，「明朝中葉，漢人開始移居臺灣本島，至明末清初的荷、鄭時代，移民激增，所以中原文化與中國傳統醫學亦輸入臺灣。」

中國傳統醫學在台灣移民過程中已然成為漢人重要的醫療方式，其間除了夾雜一些地方民俗醫療外，包括黃帝內經、傷寒論和陰陽五行等學說在內的中醫醫療體系，亦逐漸成為在台官民醫療的主體。針對這般醫療情況，據載 1683 年康熙時期台灣被納入清朝版圖後，1684 年便有設置養濟院來收容孤老殘疾者，爾後在乾隆、道光年間也相繼設立了養濟堂、留養局、收容所、回春院等機構。(陳永興，1997:43-44)而這些機構經費大多來自官方的提撥與地方紳商的義捐，以供開展救貧、養老和醫療之支出，所以有人認為此「可視為台灣公設醫院的早年雛形」(莊永明，1998:26)。

然而，清末隨著西方帝國勢力的入侵，西方醫學體系也大舉邁進台灣而衝擊當時既存的中醫醫學體系，同時夾雜著中西文化差異與台人諸多的反洋情緒，以致兩造間經常存在著緊張和衝突關係，如中醫醫療被指為缺乏科學訓練、無根據、迷信的惡醫，西方醫療則受「紅毛醫生用支解人體做藥」之謠言而遭群眾攻擊(陳永興，1997:56)。但是此般的中、西醫療衝擊過程似乎讓傳統醫學逐漸失去了醫政支配地位，最明顯的例子便是清末深具「洋務運動」色彩的劉銘傳在台灣所進行包括醫療在內的西化建制成果，如依連橫(1994:563)在《臺灣通史》卷二十一之〈鄉志〉中所載：「臺北官醫局：在臺北城內考棚。光緒十二年，巡撫劉銘傳設，以候補知縣為總理。招聘西人為醫生，以醫人民之病，不收其費，並設官藥局於內。臺北病院：亦在考棚。光緒十二年，巡撫劉銘傳設，以醫兵勇之病。」可見西方醫學在日治時期之前，已於台灣醫政體系中展露出頭角了。

綜上所述，台灣中醫發展到了清領末期，其醫政處境已從中醫支配景象進入了中西醫療競逐狀態。而隨著日治時期的開啟，在面對生物學統治導向的殖民情境時更使中醫進入了一個新的發展困境，中醫至此也面臨了一個發展存亡的關頭。

(一)醫政論述

日治時期殖民當局的醫政論述，係植基於殖民母國日本的現代化統治意識中，此意識之出現是始於1860年代的「明治維新」運動，而提供該運動之泉源者即為西方科學思想。當時的西方思想是籠罩於「達爾文主義」的物競天擇之論述中，亦即強調生物學上物種競爭、適者生存的觀念，然這觀念又嫁接於國家統治的親和性，以致形成「社會達爾文主義」的新論述，成為國家間彼此競爭的理論典範。因此做為西化過程的一份子，日本當然也接受這般生物學之觀點，除運用於自身國家的改造外，同時也落實於殖民統治的過程中。

針對這種殖民統治的論述，1903年在一場台灣醫學會的大會上，赴任來台的民政長官後藤新平即對與會的日本籍醫學社群說：(引自范燕秋，1998:50)

我來本島赴任之際，欲將新領土的經營，置於生物學的基礎上，諸君亦有所認知。蓋此方針幾乎是世界所公認。即不能不以生物進化的真理作為標準，特別是對現今進化達頂點的人類，最需要審慎研究。而最適合擔當此研究位置的就是醫學者。

言談中之「生物學的基礎」、「生物進化的真理」等論述，即已揭示出後藤新平在殖民統治上的意欲，也顯見其所承受之西方生物學典範思潮的影響，而擔綱此典範論述的醫學，即是西方生物醫學。於是於此般生物醫學科技的模擬下，所謂對殖民統治的「生物學原則」即被提出來了。也就是說，立足於生物學基礎的西方醫學所著重之有機體的特殊性、情境性與科學性，被轉化成一種殖民統治的原則：即採行符映統治對象的特殊性原則；順應殖民地風土的施政措施原則；及強化科學過程的治理原則。(鶴見祐輔，1943:24-42)

其實早在1898年時，後藤新平便以一篇「台灣統治救急策」為文所提出革新台政之方案，而獲日本當局任命為總督府民政長官，文中有指出「問題沒有經過探究，不宜預先聲明一定的政策，因為政策是依時、地、情境，講究順應的方式來推展，所以須待適度的明確調查之後才確立。」同時認為要重視殖民地舊慣習俗和氣候風土，實行科學調查，採行順應民情的措施，策劃、推動政令，才是「施政之法」(莊永明，1998:211)。由此可知，著重實務經驗與調查研究的科學論述，已然成為殖民統治的意識來源，而在醫療層面上，顯然這亦成為日治時期台灣的醫政規範手則。

因此，日治時期在殖民當局的統治意欲上，以西方生物醫學介入台灣醫政關係的形構成為治台

airiti

論述之主體，於是對已既存的中國傳統醫學便形成一種排除的觀念構造。這觀念構造誠如張笠雲(2001:163)所言：

在日本殖民政府有系統的推動下，西方生物科技醫療體系以一種有別於傳統醫療系統的形象出現，不僅建構了在科學性的理論基礎上提供醫療照顧的形象，也特別強調它所擁有的醫療專業知識是不可替代的，從而衍生專業自主和專業壟斷。

此般觀念已表明豎立於生物學基礎的西方醫學，係與科學專業同列並行，而這樣的同等地位也顯現出殖民當局「不僅賦予西醫正面的標籤，且在制度上給予特殊的地位。」(張笠雲，2001:183)

是以，生物學統治的醫政論述打造出日治時期台灣的西醫支配範型，而這樣的範型更被制度化地呈現在醫療政策的佈署過程中。結果可預知地，深植於民間生命照護的中醫醫療體制，在醫政層面上將淪為被處置的一環，亦即一場抑制中醫生存命脈的謀劃，將伴隨日治殖民過程而被「制度化」的展開。

(二)醫政謀略

在日治時期的醫政佈局中，因為關連到殖民地生物學統治的論述構成：亦即以西醫為本的國體健康論述，以致於在相關醫療政策的制定過程上便存有抑制中醫的諸多刻痕。這是延續清領末期中西醫療在醫政場域裡的競逐態勢，然所不同的是，日治時期在殖民當局具意圖性的統治謀劃下，這場「抑中揚西」的醫政佈局卻是以正當性的法規條文來制度化地開展出來。

1896年5月殖民當局所頒布的「台灣醫業規則」可謂為第一個規範醫業的條例，而此規則條例基本上係隱含著以西醫為本的政策精神，因為其間蘊涵凡業中醫者應先申請登記才能准許為醫生，而非稱為醫師，醫師之名係專屬西醫。其實西醫執業者以醫師為名在清末「傳教士醫療時期」便以開啟⁴，當時的西醫師即指謂能「辨識若干療病技術及使用西藥方法」者(臺灣省文獻委員會，1995:229)，但是到了日治時期，這種「醫師/醫生」的分類卻深具了「抑中揚西」的醫業偏向，並形成一種優劣層級位階的區辨關係。

這種「抑中揚西」的醫業偏向，在1901年7月所頒布的「台灣醫生免許規則」中完全地被彰顯出來，因為依此規則，全台從事中醫及所謂以秘方執行醫業行為者皆被嚴格要求限於該年十二月底前應向警察機關登記，否則期限一到則對於沒有登記立案或新養成的中醫或其他從事傳統醫業者，一律加以嚴格取締且絕不寬待(許錫慶，2000:238)。更甚者，根據此一規則所舉辦的資格認證考試只行一次，之後便不再辦理，這亦導致中醫因老殘死亡的逐年減少，同時被以所培育之西醫者來取代之。如此情景無怪乎早有人指出，「管理漢醫，實施西方醫療的政策，也是殖民政府施政的一項

重要環節。」(莊永明, 1998:173)

在殖民當局抑制中醫的謀略施展上,為配合「台灣醫生免許規則」的政策落實,同年亦公布頒行「取締國醫規則」來明定無照行醫之密醫行為和觸犯該規則所定之不正當行為等,警察得依法取締並停止或禁止其執業。(張立雲, 2001:180)所以明顯地,這兩個政策法規一個旨在劃定「合法/非法」的中醫醫療執業界線,而另一個則針對被劃定之中醫「非法」行為來取締,更進而可推之,一個係在確定和限定中醫人數,另一個則在逐步消滅之。1905年12月當局又進一步制定「台灣醫生業務停止處分標準」,來對執業不當的中醫勒令其停業處理,「尤其,總督府未再給予醫生許可證,壓制傳統醫生為既定政策,其人數遂逐漸減少。」(范燕秋, 1995:239)由此觀之,抑制中醫的發展自日本領台後便已開啟並逐步深化,這是殖民當局的醫政謀略,而在此般謀略中,弘揚西醫的在台發展也逐漸被制度化的進行。

隨著殖民地醫學教育的醫療人才養成,當局於1916年1月訂定「台灣醫師令」來重新規範醫師資格,依據其第二條第一項所定之准許資格為:(臺灣省文獻委員會, 1995:230)

- 一、畢業於台灣總督所指定之官立或公立學校者;
 - 二、畢業於台灣總督府醫學校者;
 - 三、及格於台灣總督所指定之考試者;
 - 四、畢業外國學校或在外國得有醫師執照之日本國臣民,而適合於台灣總督所定者;
- 除此之外,領有內務臣之醫師准許者,不拘前項所定,得為醫師。

由於殖民當局指定或認可的醫學教育皆以西方科學醫學為主體,所以顯見地,當1902年中醫資格認證不再辦理後,這醫師令已正式範定台灣醫療從業者的合法資格。至此,西方醫學之範型已在這法令中奠立了基礎,並成為醫政制度化的根源,顯見統治當局介入殖民地醫學的模式係獲具成果。

總之,從這時期相關的醫事法規來看,其當局的醫政謀略係清楚呈現出「抑中揚西」的醫業偏向,而這樣的偏向當然是出自其生物學統治的醫政論述而來。所以根據這般的醫政謀略,殖民當局用以處置與打擊中醫的具體醫政權力,便可據此合法地展開。

(三)醫政權力

在建基於西方生物醫學範型以及「抑中揚西」的醫政構造下,必然對傳統醫療的診治過程會存有層級差異的鄙視性看法,像是山口秀高(1996:51)對傳統中醫缺乏近代醫學知識的認定,就曾發表如此的觀點:

本島之所謂「醫生」者,到底算不算醫者?可不可以託以寶貴的人命?實不必明述,

airiti

大家都很清楚。事實上，他們連生理、病理為何物都不知；最甚者，更有不識字者，他們只聽患者的陳訴，便隨便捉一些草根樹皮塞給患者。....

這顯然意味傳統中醫的迷信無知，以及對人種健康的危險，因此必須要對其管制，所以「台灣醫業規則」的頒布部分亦肇因於此。然而，該規則似乎無法發揮對中醫的管制效果，以致當時的台灣中央衛生會會長便對殖民當局提出一建議案，內容大致為：

在本島，所稱之醫生即從事患者之診斷及投劑者，本地人主要依賴彼等而接受疾病治療，其施術、藥方雖各自有異，但基於氣性相通及治病養生之感情，本地人倚賴一般醫生之心理與對內地人開業醫並無不同。然而，先前業已發布臺灣醫業規則，本島醫生幾無申請醫師執照之意願，當時對於本地人按照以往方式接受診療一事暫時不予過問，...但在日新月異之今日，若對此完全置之不理，則在取締上不便之處甚多。故而於今之際，希望能對本地人所稱之醫生舉行簡易試驗，並依其成績發給醫業臨時執照，以收統制之效。⁵ (許錫慶，2001:60)

此建議內容，係以「統制」的論點陳述之，並試圖強化當局對傳統中醫的權力控制。而如此論點，亦必然與後來用以抑制中醫發展的「台灣醫生免許規則」之出現高度相關。

「台灣醫生免許規則」基本上是一項對中醫的權力規範，雖是賦予了中醫醫療的正當性，但卻只執行一次的執業資格考試，致使日治時期具認證的中醫，從1901年之1223人逐年下降至1942年之97人⁶ (臺灣省行政長官公署統計室編，1946:1249)。這種情形或可如當時的葉榮鐘(1983:324-325)所憶述：「老一輩的中醫師凋零殆盡，後繼無人，已經是一般人公認無可避免的趨勢。」可見醫政權力下的中醫場景，宛如武士悲歌而大都敗戰倒地，即使存活下來的，依然逃不過西方醫學的整治，而淪為從屬性的邊緣地位。如早先1901年5月16日的府令第四七號關於「台灣醫生執業規則」的擬稿中，其間通告案的第四項即稱「應讓領有執照之醫生與醫師、公醫保持密切聯絡，自然養成對之信賴之習慣，醫師應常誘導、指示醫生，保持等同師徒之關係，當然不得有業務上互相誹謗之行為，且在衛生行政設施相關方面，應誘導其擔任輔佐性工作。」(許錫慶，2001:239)此種師徒層級關係已標定了中醫的「受教」角色，並賦予公醫對它的指導權力，是故到了1920年7月殖民當局即因對公醫職權的修訂，而正式規定其第八條「對區內漢醫負監督之責」(莊永明，1998:160)。

儘管日治時期一連串的醫政權力對中醫之抑制，但中醫並非毫無力挽狂瀾之心。1920年代末葉，台灣中醫與藥種商(漢藥店經營者)即曾結合日本漢醫界來掀起一場「台灣漢醫復活運動」，試圖恢復中醫昔日光彩並進而能再求與西洋醫學對抗；1930年8月中醫界更向台灣總督府提出請願書來要求「漢方醫學生存續」，但卻沒有獲得當局善意的反應，更甚者，中醫界的這股復振力量隨

後在當局持續升高的壓力下於 1932 年被迫停止與瓦解。(莊永明, 1998:178-179)可見中醫的殘存命脈在面對統治者強大的醫政權力對待時,其所呈現的只是不堪一擊與脆弱,而在與西醫的層級差異關係中,其所以選擇的多只是抑制和臣服。

五、中醫醫政發展脈絡的延續與斷裂之檢析

(一)、國府大陸時期和台灣日治時期的中醫醫政比較

要比較國府大陸時期與台灣日治時期的中醫醫政概況,必須兼顧從抽象到具體的分析視野,因此以醫政論述、醫政謀略、和醫政權力三個層次來做為比較指標,是同時可突顯其意識觀念和權力操作之意念。醫政論述是比較由時局所影響的支配性醫政觀念,醫政謀略則在比較與其個別有關中醫發展的一些政策佈局,而醫政權力便是直接比較當局對中醫的抑制關係。⁷

1. 醫政論述

在國府大陸時期,由於清末民初從西方傳進來的科學觀念已在自強運動和建立新中國的現代化氛圍中逐漸成為「較具」支配性的政治意識,而且西方醫學更挾其科學性質逆轉了中醫長期來具主宰地位的醫政位階,因此在掌握國家醫政優勢的西醫所設定之「現代/傳統」、「科學/不科學」的醫療分類認知框架時,中醫便容易落入被批評和攻擊的窠臼中,而成為傳統與不科學的弱勢醫療族群。

而在台灣日治時期,由於明治維新時期日本即已進入了國體西化之進程,以致西方生物學典範成為國家統治的基礎,而這般統治基礎也「直接」影響了殖民地台灣的醫政論述,像是後藤新平便提出殖民統治的「生物學原則」來做為施政方針並以科學觀念主張醫政統治的必要性。於是以西醫為主體的醫政圖像便由殖民當局所開展出來,同時也對既存於民間社會的中醫產生論述上的抑制與排斥。

2. 醫政謀略

在國府大陸時期,由於西醫掌握了民初的國家醫政位階,於是在相關醫政法規的佈署上便擁有優勢的裁定權。是故,只要涉及到中醫層面的規定便常會呈現出抑制性意念,甚至有排斥中醫權利的法規被制定出來,但中醫界也並非毫無反制力道,在一連串的中醫界團結聲浪和聯合支持國粹文化的政治力量中,亦迫使政府進行相關醫療政策的調整,如 1931 年對排斥中醫之「醫師暫行條例」的修正調整便是一例。然而,雖然經中醫界持續抗爭後而有較為平等的「醫師法」出現,但觀其內容依然存有不對中醫發展的諸多規範。

而在台灣日治時期,殖民當局以西醫做為醫政統治模式是直接體現在醫療政策的佈署中。諸如 1896 年的「台灣醫業規則」即在於範定中、西醫學體系間的層級關係,1901 年的「台灣醫生免許

規則」旨在劃定中醫執業的「合法/非法」界線並隨後停止新中醫登記，同年的「取締國醫規則」便是針對所謂「非法」的中醫來加以取締之規範從而使中醫逐漸減少，最後在 1916 年當局訂定了「台灣醫師令」試圖以西醫教育養成來規範醫師之資格，由此可見，殖民當局的這些相關政策之產出皆在進行一場「抑中揚西」的醫政謀略。

3. 醫政權力

由上述可知，在國府大陸時期相關醫政法規產出的背後，其實是充斥著「衝突—對抗」的權力關係。所以就醫政權力來看，西醫使用國家醫政權力來抑制中醫，而中醫也尋求政治支持力量來加以反抗，譬如陳立夫等黨政大老的支持便是一例，致使彼此之間呈現著動態的拉鋸效果。然而這是一場不對等的拉鋸戰，雖然此時期中醫在國家醫政層面上從未被西醫成功地掃除消弭，但優勢的醫政權力卻一直是穩定地偏向西醫。

而台灣日治時期「抑中揚西」的醫政謀略，卻使得中醫經受強制性的合法權力之約制而難以反抗，因為中醫被殖民當局視為迷信無知的同義詞，於是以科學西醫來統制不科學中醫便成為醫政權力的施展目標，而目標之一一是讓中醫自然的凋零滅亡，如中醫在 1901 年只舉辦一次的執業資格考試便是這般的權力施展；目標之二是使這些合法執業的中醫淪為從屬性的邊緣角色，必須受到西醫的指導與監督。

綜合觀之，比較國府大陸時期與台灣日治時期的中醫醫政概況，可歸整其同異如下表：

表一：國府大陸時期與台灣日治時期的中醫醫政概況之同異

	同	異	
	國府大陸時期與台灣日治時期	國府大陸時期	台灣日治時期
醫政論述	強調西方科學的醫療觀念	科學成為較具支配性的醫政意識	生物醫學直接成為殖民統治意識
醫政謀略	意圖抑減中醫的政策佈署	壓制與反制政策交錯的動態拉鋸	西醫取代中醫的「抑中揚西」政策
醫政權力	對中醫發展進行直接約制	中西醫療「衝突-對抗」的權力關係	難以反抗殖民醫政的中醫學處境

簡言而論，國府大陸時期與台灣日治時期的中醫醫政情勢，相較之下係有其同異之處。就兩者相同之處而言，醫政論述皆是強調著西方科學的醫療觀念，而其醫政謀略亦皆在規劃意圖抑減中醫的政策佈署，以致在醫政權力上便是對中醫發展進行直接約制了。

另外就兩者相異之處而言，由於國府大陸時期科學只是成為較具支配性的醫政意識，而非如台灣日治時期之生物醫學直接成為殖民統治意識，所以在醫政論述方面，國府大陸時期便不如台灣日治時期的那般具備絕對性意志，而不過只是較具優勢的論述意志而已。也因此，在醫政謀略上便也存有不同的呈現，如國府大陸時期的醫政佈署係呈現著壓制與反制政策交錯的動態拉鋸，而台灣日治時期便明顯係為西醫取代中醫的「抑中揚西」政策之產出。這樣的政策差異也影響了實際上各別醫政權力的施展，像是國府大陸時期便展現著中西醫療「衝突-對抗」的權力關係，而台灣日治時期則是展現出難以反抗殖民醫政的中醫學處境。

(二)、戰後初期中醫醫政發展的軌跡

國府大陸時期中醫發展所面臨西醫強勢壓境之景象，已漸形標定出「西優中劣」的醫政論述和「抑中揚西」的醫政謀略與權力，同時伴隨著台灣光復後兩岸政權的再度合一以及相關醫療措施配合國府醫療體制之調整，這景象也可能預設了戰後台灣的中醫醫政發展之格局，亦即國府大陸時期的中醫發展景象將會影響戰後台灣的中醫醫政發展。同樣地，台灣日治時期的中醫發展在殖民當局的生物醫學統治下，亦形構成「西優中劣」和「抑中揚西」的特殊醫政關係，此關係也明顯影響日後台灣的醫政處境，這誠如張益雲(2001:309)所說：「光復後國家的醫療範疇不出日本殖民政府之右，就制度面而言，目標僅止於消極維持已有的衛生醫療制度的規模，頂多延伸醫學教育與專業給證規範，而這兩點規範的內容，正延續加深了日據時的西優中劣之醫學專業內不平等情勢。」

台灣光復後，國府隨即進行日產、機關、以及各項行政軍事之接收，而整體的接收過程基本上係分：全部接管、部分接管、保留接管，其間之接管原則又分：維持原有機構或業務、整理過去分散或不健全之機關或業務、改革違反人民意向及不合國情之制度等；另外就處理部分而言，亦可分：照常推行工作者、一部分變更工作者、停頓或廢除者等三種。(臺灣省文獻委員會，1995:428-32)據此區分，在日治醫療機構和醫療事務的接管與處理層面上，除主管人員的調動外，主要係以完全接管方式之進行來維持原有機構或業務，並採照常推行工作者之方式來處理相關接管事宜。於是可知，光復初期台灣的醫療機構或業務，大致係延續著日治時期之規模進行，國府當局或有著力的部分，只是在因戰爭受損之醫療機構的重建或新建而已。

就此而論，由於殖民過程對中醫醫政的約制與翦除，戰後初期國府係只接收和延續日治時期以西醫為發展軸線的機構或業務，而中醫業發展幾達滅絕的處境，這甚至如陳立夫(1980:22)所指，「當臺灣未受日據以前，中醫幾達兩千人之多；光復之日，有執照之中醫師僅餘八人。」然而光復之後，於1943年國府在大陸通過之標榜中、西醫師地位平等的「醫師法」亦開始適用於台灣，使得苟延殘喘的在台中醫業得以復興，再加上大陸來台之中醫業者，促使「中醫師人數曾一度急增」(江東亮，1991:435)，頓時台灣中醫發展顯示出蓬勃景象。

airiti

根據陳俊明的口述歷史記錄，「光復初期，國民政府來台，沒有中醫藥政策、沒有醫事法，中醫藥管理沒有上軌道。但要當中醫師，還是要有執照。執照的取得，是由里長或相關單位證明行醫年資，再將資料寄到南京臨時政府，就可以取得中醫師執照，父親也是經由這樣程序取得中醫師資格。」(蘇三稜、蔡新富編，2003:180)事實上，1946年台灣開始辦理醫師登記，而依本省醫事人員登記辦法規定，只要憑日據時期醫事人員之證件即可核發醫事人員臨時證書，同時彙報中央考選部核發各該業醫事人員考試及格證書後，再向內政部請核頒職業證書即可申請執業(李悌元，1975:肆9-2)。另外，1947年內政部也公布實施「醫師人員甄訓辦法」，其中有規定包括大陸地區的全國非正規學校畢業執行醫師業務者，或執業有年未具法定資格之醫事人員，在該員提供資歷證明及繳交保證書後皆可授與醫師資格(陳金生，1997:123)。這些登記與甄訓的規範辦法雖然顯現出戰後初期台灣醫業的放任與混亂，但卻也讓中醫得以在台灣重獲身份和休養生息。

然而依據醫師法之規範，中醫在台灣是否真的取得與西醫同等的醫療地位呢？特別是台灣光復後到國府遷台前的這段戰後初期，中醫的發展是否只是延續或是已經擺脫了過去的諸多桎梏呢？對於此等質問，底下將以醫政論述、醫政謀略、和醫政權力三面向來探究之。

首先就醫政論述面向而言，儘管醫師法中已強調中西醫師地位平等，但「光復後台灣醫政一直操在西醫之手」(陳俊明等編，1994:113)，包括國家衛生教育行政等部門均以西醫為主體，因此科學醫學之論述依舊影響著戰後台灣的醫政景觀。所以針對中醫的這般復振現象，西醫吳基福(1980:335)便直謂「台灣光復後，中醫從滅絕邊緣重振聲威。他們大唱中國文化的高調，發起國粹主義的旗幟，自稱為『國醫』。但可惜的，中醫不圖經由學術及教育的道路以建立基礎，提升水準，卻捨本逐末的，致力要藉『廣告』以起飛，並想從政治上取得與西醫同樣的合法平等地位。」這係以科學論述角度批判中醫以傳統文化復興為發展理由，同時也顯現出此時期依然是「西優中劣」的醫政主張。

再者就醫政謀略部分，誠如學者所稱「1945年之後，中國政府開始放鬆對台灣中醫的管制。」(李卓倫、紀駿輝、賴俊雄，1995:61)這似乎預示著中醫在台灣的發展即將呈現著欣欣向榮的態勢，像是在本省醫事人員登記辦法與醫師人員甄訓辦法中給予中西醫師的合法登記，以及依據醫師法第三條第三款所指「曾執行中醫業務五年以上卓越登望者，得應醫師檢覈資格」之規定，皆讓中醫師身份之取得更為地符合現實需要和文化需求。然從醫政發展的科學化視角來看，這種放鬆管制其實並非是對中醫進行正向的扶植，而毋寧是對其採行自由放任或自求多福的策略方式，因為此時期仍然實施著排除中醫教育在外的西醫教育政策，以致在這般「抑中揚西」的醫療人才培育上逐漸「形成西醫獨大而中醫萎縮的局面」(張莖雲，2001:169)。

airiti

最後在醫政權力面向中，因循「西優中劣」的醫政論述與「抑中揚西」的醫政謀略之境況下，一場西醫對中醫的權力排除劇情便在此時期的台灣醫政場景裡展開。譬如戰後受國府所託而接管台大醫學院兼醫院院長的杜聰明，1946年意圖在台大醫學院內設立「漢方科」並積極籌備之，但是隔年台大校方便以漢醫藥太落後和不夠科學之理由否決(楊玉齡, 2002:228-229)，而據參與「漢方科」籌設的翁廷俊在其回憶中亦曾指「民國三十六年時，校方認為如此落後的東西怎可以設在台大醫院內，而以一紙命令撤銷」(莊永明, 1998:389)。這係科學論述所展現在對排除中醫的權力關係中，而此般排除的權力關係亦可呈現在相關醫政單位的政策謀劃裡。譬如1948年底，省衛生處在台北衛生院所舉行的全省保健工作檢討會中，即有決定三個新工作要點：一、中醫師不再施行注射。二、西藥須醫師處方，方准藥商出售，中醫師不得自行施用。三、外科手術須確屬西醫醫師所專習者，中醫師不得施行。(葉龍彥, 1993:111)

綜上所論，戰後初期台灣中醫醫政發展之概況，在醫政論述上是由主張科學醫學觀的西醫掌握醫政並反對中醫藉由復興國粹文化而復振；在醫政謀略上是採放任而非扶持的中醫醫政佈局與「抑中揚西」的醫政教育養成；而在醫政權力上則是呈現出科學西醫排除和拒絕不科學中醫的權力關係。

其實從社會發展的角度來說，沒有一個歷史時期在時間的洪流中會突然出現或消失，因為任何發展上的轉折都必然有其可依尋的因果脈絡，並且各個時期的發展階段在不同的時空情境下亦會產生差異。因此探討台灣戰後初期的中醫醫政發展脈絡，便必須上溯到對國府大陸時期與台灣日治時期之中醫發展的討論，進而比較其發展過程中的延續與斷裂關係，才可顯示該特定時期所具有的醫政意義。

就延續關係來說，戰後初期台灣的醫療機構或業務大致係延續著日治時期之規模進行，國府當局若有著力的部分也只是在重建或新建因戰爭受損之醫療機構而已。而在醫政方面，大致來說也是延續著國府大陸時期與台灣日治時期之中醫發展的共同點，亦即在醫政論述上皆是強調著西方科學的醫療觀念、醫政謀略上也都在進行抑制或弱化中醫的政策佈局，進而在醫政權力上便是容易形成對中醫發展的排除效應了。

另外就斷裂關係來說，戰後由於兩岸政權的合一，因此台灣的政治社會情勢皆須回歸與配合國府統治的步調，所以在醫政論述上便是偏向著國府大陸時期之西醫掌控醫政的較為優勢論述，而與台灣日治時期之西醫直接成為統治論述的醫政場景產生斷裂關係。然而在醫政謀略上，由於戰後初期台灣的特殊時局影響以及尚待復興的中醫勢力不若大陸中醫界龐大，因此與國府大陸時期那般的醫政上所呈現壓制與反制政策交錯的動態拉鋸情景產生了斷裂關係，而毋寧是偏向了日治時期所呈

airiti

現「抑中揚西」的醫政佈局。最後在醫政權力上，這時期的中醫界尚無如國府大陸時期出現可對抗西醫的權力關係，同時中醫也未如台灣日治時期所經受殖民統治的直接權力，但此時期卻也都部分受到兩者的影響；亦即國府大陸時期之科學西醫的優勢支配力量以及台灣日治時期中醫較缺乏的反抗權力，以致造成了一種科學西醫排除不科學中醫的權力關係。

六、結語

總之，光復後到國府遷台前的這段戰後初期，可說是台灣歷史過程中一個重要的關鍵期，因為它一方面承受著先前兩個既存文化差異社會的聚集，另一方面又必須調整符應即將到來的新社會時局，雖然這時期僅有短短幾年(1945-1949)，但是諸多政治社會文化的震盪卻深遠地影響了日後的台灣歷史走向。就中醫醫政來看，戰後初期確實也存有這樣的發展景象，因為它也同時承受著國府大陸時期與台灣日治時期之中醫發展的聚集與影響，並且在此聚集中既延續又斷裂地形塑出屬於自己的特定圖像，進而提供未來台灣中醫醫政發展的可能方向。

是故，戰後初期的中醫醫政情勢其實已經預示了未來台灣中醫的發展格局，1949年國府遷台後的中醫醫政景象或許逐步地有些改變，但大體上皆是以這時期的醫政格局為模本來延續與修正之。譬如在國家現代化的發展目標上，科學觀念成為1949年後醫學意識的主體，並且在西醫的科學論述框架下，中醫便容易落入其所設定之不科學的窠臼中。是故，為跳脫這般不科學之窠臼，中醫科學化即成為國府遷台後中醫發展的主軸，譬如1958年成立的中國醫藥學院便是以發揚中西醫學一元化為其治學目標。儘管如此，在中西醫學之學理觀念不同的認定下，西醫醫政所架築出的科學醫學制度景觀，勢必經常會使得中醫發展落入了西醫化的困境中。

接續這般論述觀念，國府遷台後對中醫發展及其科學化過程進行貶抑的相關醫療政策係不絕於耳，包括要修正醫師法來試圖廢除第三條第三款「曾執行中醫業務五年以上，卓越聲望者」得應中醫師檢覈之規定，以及禁止中醫使用西醫器械技術等。更甚者，1971年衛生署成立以來計劃性地抑減中醫科學化的情景，更在廢止針灸醫師後，又於試圖取消中醫學系和中醫師特考中逐步呈現出來。雖然抑減的計劃未能完全竟成，但對中醫科學化過程的貶抑謀略，卻在西醫醫政的脈絡下持續地被產出。

總之，近代台灣的中醫醫政發展其實在戰後初期已被預設了發展格局，而這戰後初期的中醫醫政發展脈絡，又必須同時連結至國府大陸時期和台灣日治時期的中醫發展狀況。或許在各個不同時期中，台灣中醫醫政的發展會呈現出不同的延續或斷裂關係，但這係歷史發展的因果脈絡呈現，而任何的歷史事實也因此都將有跡可尋。

1. 本文受國科會專題研究計劃補助(NSC 97-2410-H-040-004-)，謹此誌謝。
2. 其實「醫師」和「醫士」之稱謂的這般階級關係，目前依舊存在於對大陸醫療人員的層級區別，只是這種區別不再用於西醫與中醫的醫業分類上，而是用於各自醫業內部之醫療人員的標定而已。譬如大陸中醫人員考試即分中醫師和中醫士兩個等級，中醫士是以(高職程度)中專畢業為對象；而中醫師之應考資格區分為兩類，一類是以正規教育(大學中醫系畢業)人員為對象，另一類是讓有實務經驗者得以晉升之路，但兩類考試科目不同(行政院衛生署中醫藥委員會, 2003:416)
3. 中醫界積極的政治態度，是反映在一個具凝結力量的團體之組成，如 1930 年在上海成立的全國(中)醫藥聯合總會，便意含著對抗西醫界的力量之聚集。所以當年三月十七日該會便推派代表向國民政府請願，在幾經一些黨國元老之協調下終於化解了廢止中醫中藥的命令。而這一天亦成了現在「三一七國醫節」的由來。中醫界為了延續自身的傳統醫療文化和這種可對抗西醫界的政治權力，1931 年於南京成立中央國醫館並公推當時任中央黨部秘書長的陳立夫來當理事長。(林昭庚, 2004: 43)
4. 在台灣醫史的發展過程中，一般稱日本治台的前三十年為「傳教士醫療時期」(又名「醫療傳道時期」)，像是杜聰明(1959)在其著《中西醫學史略》的「臺灣醫學教育之發展」一章中，便將台灣醫學史分為五期：原始醫學期(1544 年以前)，瘧疾流行期(1544 年至 1865 年)，傳教士醫療期(1865 年至 1895 年)，日據時期(1895 年至 1945 年)，以及中國醫藥期(1945 年起)。而該時期又常被認為是台灣現代醫療的發生期。
5. 該建議案被列於明治四月份衛生課業務報告中之附件第六號。
6. 另外，據張益雲所研究，相較於中醫的萎縮，屬於西方醫學範疇的醫師、牙醫師，以及助產士等人數卻與日遽增，這係更凸顯出中、西醫勢力之消長：如醫師人數由 1897 年的 259 位，到 1942 年的 2241 位，而 1945 年時則有 3426 位；日本領台後數年並沒有齒科醫師，到 1909 年只有 4 位，1942 年時有 567 位，1945 年則為 738 位；助產士和護士亦呈現出類似發展軌跡，助產士的人數由 1897 年的 9 位，到 1942 年的 2159 位。(張益雲, 2001:181)
7. 關於抑減中醫發展的權力境況，趙洪鈞(1991:131-141)在其一篇〈近代中日廢止中醫泛論〉的文章中，即指出了為什麼明治時期在日本本土上能夠有效的抑減中醫，而在 1930 年代的國府大陸時期卻不能，依其之見，係有其歷史和社會因素之差異所致。譬如在明治時期日本蘭醫與中醫之比例已達 1:4，而 1929 年國府醫政提出廢止中醫案時之西醫人數遠不及中醫的 1%；另外，明治時期雖然中醫亦有反抗國家醫政的壓迫景象，但規模相當小，且尚少有醫藥刊物可供學術論爭，反觀 1930 年代的中國中醫界不但組織龐大，而且中醫界刊物竟達 500 多種來做為學術論爭的基礎。此外尚有諸多因素影響了中醫在明治時期的迅速衰退，而國府大陸時期卻沒有，足見中、日在當時所能抑減中醫發展的權力境況，是相當不一樣的。而本文的是從醫政關係的參

照點，試圖比較國府大陸時期和台灣日治時期的中醫發展概況，因此與趙洪鈞的比較時代雖不同，但卻可以互相參照。

參考文獻

1. 行政院衛生署中醫藥委員會印行(2003)，*臺灣中醫藥整合與前瞻*，台北：行政院衛生署中醫藥委員會。
2. 臺灣省行政長官公署統計室編(1946)，*《臺灣省五十一年來(民國前十七年至民國三十四年)統計提要》*，臺灣省行政長官公署統計室。
3. 臺灣省文獻委員會(1995)，*重修臺灣省通志·卷七·政治志衛生篇*，臺灣省文獻委員會。山口秀高主講，韓良俊譯(1996)，*台灣總督府醫學校成立之由來以及將來之企望*，*台灣史料研究*第8號。
4. 江東亮(1991)，*醫療照護問題，臺灣的社會問題*，楊國樞、葉啟政 編，台北：巨流圖書公司。
5. 杜聰明(1959)，*中西醫學史略*，高雄：高雄醫學院。
6. 李卓倫、紀駿輝、賴俊雄(1995)，*1981-1994年中醫政策研究之回顧*，譚文海主編，*醫療保健服務*第一輯，頁59-75，台北縣：台灣省公共衛生研究所。
7. 李悌元(1975)，*三十年來的衛生保健*，收錄於*臺灣光復三十年*。臺灣省政府新聞處。
8. 李雲漢(2001)，*中國近代史*，台北：三民書局。
9. 李經緯(1990)，*西學東漸與中國近代醫學思潮*，湖北：科學技術出版社。
10. 林昭庚主編(2004)，*台灣中醫發展史*，台北：中華民國中醫師公會全國聯合會。
11. 吳基福(1975)，為新醫師法作見證人，*台灣醫界*第18卷第9期，頁4-5。
12. 吳基福(1980)，中國醫政史上的大革命：「醫師法」修正始末，*中華民國醫師公會全國聯合會*。
13. 范燕秋(1995)，日治前期台灣公共衛生之形成(1895—1920)，*《思與言》*第32卷第2期，頁215-258。
14. 范燕秋(1998)，*新醫學在臺灣的實踐(1898—1906)—從後藤新平國家衛生原理談起*，*新史學*第9卷第3期，頁49-86。
15. 黃秀政、張勝彥、吳文星(2002)，*《台灣史》*，台北：五南圖書公司。
16. 許錫慶 編譯(2000)，*臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編*，明治二十九年四月至明治二十九年十二月，台灣省文獻委員會。
17. 許錫慶 編譯(2001)，*臺灣總督府公文類纂衛生史料彙編*，明治三十年一月至明治三十四年十二月，台灣省文獻委員會。
18. 莊永明(1998)，*台灣醫療史*，台北：遠流出版事業公司。
19. 陳立夫(1980)，*對中國醫藥之願望*，台中：私立中國醫藥學院。
20. 陳永興(1997)，*台灣醫療發展史*，台北：月旦出版公司。

- airiti
21. 陳金生(1997)「日治時代台灣醫療制度」的回憶—以台灣乙種醫師制度為主(下)。台灣史料研究第9號。
 22. 陳俊明等編(1994), 中醫白皮書, 台北: 新國會雜誌社。
 23. 陳勝崑(1978), 近代醫學在中國, 台北: 當代醫學雜誌社。
 24. 連橫(1994), 臺灣通史。台北: 眾文圖書公司。
 25. 區成結(2004), 當中醫遇上西醫—歷史與省思, 香港: 三聯書店。
 26. 趙洪鈞(1991), 近代中日廢止中醫泛論, 鄭津舟 編未來中醫—前途、命運及思考, 台北: 旺文社股份有限公司, 頁 131-141。
 27. 楊玉齡(2002), 一代醫人杜聰明, 台北: 天下遠見出版。
 28. 葉龍彥(1993), 臺灣光復初期的衛生保健工作, 臺灣文獻第42卷第3、4期, 頁 101-116。
 29. 葉榮鐘(1983), 台灣民族運動史, 台北: 自立晚報社。
 30. 蘇三稜、蔡新富編(2003), 台灣中醫口述歷史專輯, 台北: 中華民國傳統醫學會。
 31. 張苙雲(2001), 醫療與社會: 醫療社會學的探索, 台北: 巨流圖書。
 32. 劉嘉遠(1981), 傳統醫學現代化: 以實證為基礎, 以科學為依歸, 自由青年 69 卷 4 期, 本文取自 [http://residence.educities.edu.tw/psychiat/A2-8\(Tradimed\).htm](http://residence.educities.edu.tw/psychiat/A2-8(Tradimed).htm)。
 33. 鶴見祐輔(1943), 《後藤新平傳·臺灣統治篇》, 東京都: 太平洋協會出版部。
 34. Barthes, Roland (1977). *Image-Music-Text*. New York: The Noonday Press.
 35. Foucault, Michel (1972). *The Archaeology of Knowledge*. New York: Pantheon Books.
 36. Foucault, Michel (1981). "The Order of Discourse," in Robert Young(ed.,) *Untying the Text: A Post-Structuralist Reader*, pp.48-78. Boston: Routledge and Kegan Paul.
 37. Hall, Stuart (1997). *Representation: Cultural Representations and Signifying Practices*. London: Sage.
 38. Macdonell, Diane (1986). *Theories of Discourse: An Introduction*. Oxford and New York: Basil Blackwell.
 39. Mills, Sara (1997). *Discourse*. London and New York: Routledge.
 40. Pecheux, Michel (1982). *Language, Semantics and Ideology: Stating the Obvious*. London: Macmillan.

通訊資料

葉永文 教授/系主任

台灣中山醫學大學 醫學社會暨社會工作學系

airiti
地址：40242 台中市南區大慶街二段 100 號

電話：886-4-24730022 手機：886-0920-522-298

電子郵件：d8534100@csmu.edu.tw

Correspondence

Yun-wen Yeh Professor/Director

College of Medical Humanities and Social Sciences, Chung Shan Medical University

Address : No.100, Sec.2, Daqing Street, South Dist., Taichung City 40242, TAIWAN

Tel : 886-4-2473-0022 Mobil : 886-0916-823-417

E-Mail : d8534100@csmu.edu.tw